

2019 Farmworker Outreach Health Assessment - Adult (18 and up)		ORW:	Date:
Privacy	<p>Con mi firma indico que entiendo que se guarda la privacidad de mi información adentro de esta red de salud para los trabajadores agrícolas excluyendo la siguiente instancia: que se sospecha daño a una persona menor de edad, mayor de edad o discapacitada.</p> <p>Firma: _____</p>		
	<p>Nombre (primero, apellido): _____ Fecha de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Est.</p> <p>El idioma que prefiere: Esp/ Ingl/ Otro: _____ ¿Se necesita intérprete? Sí/ No</p> <p>Trabajador: Migrante (<input type="checkbox"/> H2A?)/ Temporal/ Otro ¿Cómo se considera? Hombre/ Mujer/ Hombre transgénero / Mujer transgénero / Otro/ Me niego a contestar</p> <p>¿Qué sexo le asignaron al nacer? Masculino/ Femenino Tipo de vivienda: Dueño de casa/ Alquila/ Del patrón/ No tiene</p> <p>Dirección de casa: _____ Ciudad: _____</p> <p>Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____ US veteran? Sí/ No</p> <p>Seguro de salud: Ningún / Medicaid / Medicare / Health Choice / Privado Ingreso familiar (\$ amount): _____</p> <p>Cantidad de ingreso es por: semana / 2 semanas/ mes / año # meses trabaja _____ # personas en la familia: _____</p> <p>¿Hispano o Latino? Sí/ No/ Sin respuesta Raza: Blanca/ Negra/ India americana/ Asiática/ Sin respuesta</p> <p>¿Cómo se considera? Heterosexual (ni gay, ni lesbiana)/ Algo distinto/ Lesbiana, gay u homosexual/ No sé/ Bisexual/ Me niego a contestar</p>		
Vitals	<p>Presión sanguínea: _____ Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p> <p><i>If >120/80, offer health ed. If >140/90, offer referral.</i> Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>		
General health	<p>¿Hay algo que le preocupe acerca de su salud? (<i>health concerns</i>) No/ Sí: _____</p> <p><i>(If yes) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (help requested)</i> _____</p> <p>¿Usted ha sido diagnosticado con alguna condición médica? (<i>prev. diagnoses</i>) No/ Sí: _____</p> <p>¿Está tomando (o debería estar tomando) medicinas? (<i>medicines</i>) No/ Sí</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined Health ed on _____</p> <p><i>Diabetes, pregnancy, HTN, HIV, TB or abnormal cancer screen, consider MCN</i> <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p>		
Occupational	<p>¿Trabaja Ud. en el campo? No/ Sí</p> <p><i>(If yes) ¿Se preocupa por condiciones en su trabajo? (como pago injusto, ser expuesto a las pesticidas, otras prácticas ilegales) (workplace concerns) No/ Sí:</i> _____</p> <p><i>(If yes) ¿Quisiera más información sobre como protegerse en su trabajo? (como las pesticidas, la insolación o algo más) (workplace health ed) No/ Sí:</i> _____</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined Health ed <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>		
BH	<p>Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido varias veces con poco interés o deseo de hacer cosas? (<i>PHQ-2</i>) No/ Sí</p> <p>Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido desanimado, deprimido o sin esperanzas? (<i>PHQ-2</i>) No/ Sí</p> <p><i>If yes to either question, offer full depression screen (RHS-15)</i> Health ed: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p> <p><i>For positive RHS-15, offer referral</i> RHS-15 <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined</p>		
CM	<p>¿Alguien en donde vive o trabaja le hizo sentir amenazado(a) o en peligro? (<i>interpersonal violence and trafficking</i>) No/ Sí</p> <p>¿Tiene alguna otra inquietud o preocupación? (<i>other concerns</i>) No/ Sí:</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> Declined Health ed on _____</p> <p><input type="checkbox"/> Provided <input type="checkbox"/> Follow up</p>		

Communication

¿Cómo podemos comunicarnos con Ud? *Ask patient to initial next to each below if OK.*

Número Celular: _____

Teléfono fijo: _____

_____ Está bien dejar un mensaje con otra persona.

_____ Está bien dejar un mensaje con otra persona.

_____ Está bien dejar un mensaje de voz.

_____ Está bien dejar un mensaje de voz.

_____ Está bien mandar un mensaje de texto (SMS) aunque no se garantiza es totalmente privado.

Dirección de correo electrónico: _____

¿Cuál método prefiere para comunicar? *Circle preference.*

_____ Está bien mandar un mensaje.

Addtl. Health Ed

¿Sobre cuales temas de salud desea más información? *(health ed) Circle those desired and check off if provided.*

Salud dental

La enfermedad del tabaco

Nutrición

Fumar

Diabetes

verde

Infecciones transmitidas

El abuso de drogas o alcohol

Salud emocional

Hipertensión

sexualmentes/ VIH

Otro(s) _____

Notes